264

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1-Pl.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DES

DIVERSES MÉTHODES COMPARÉES DE TRAITEMENT DES

Adénopathies Suppurées

et en particulier

du Drainage filiforme du Bubon chancrelleux

PAR

PLANTIN EMILE-LOUIS

Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE PLANTIN ANTOINE LAURENT

ENGAGÉ VOLONTAIRE, MARÉCHAL DES LOGIS
DU 12^{e} CHASSEURS A CHEVAL, CHEF DE GROUPE FRANC
MORT POUR LA FRANCE
MÉDAILLE MILITAIRE, CROIX DE GUERRE,
TROIS CITATIONS

A MON PARRAIN, LOUIS ARNAUD

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LETUELLE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES AMIS

Nous ne saurions mieux faire précéder ce travail qu'en adressant à nos maîtres dans les hôpitaux nos respectueux remerciements et l'assurance de notre vive gratitude, et plus particulièrement à M. le docteur Veau, M. le docteur G. de Girac, M. le docteur Chevassu, M. le docteur Hudelo, et nous tenons également à ce que le nom de deux grands disparus, qui ont guidé nos premiers pas soient présents, le Professeur Paul Reclus et le docteur Demoulins.

Externe de consultations de chirurgie pendant plusieurs années consécutives, nous avons eu l'occasion de constater la fréquence considérable des adénopathies suppurées, adénopathies chaudes, tièdes ou froides. Nous avons traité ces adénopathies par les méthodes les plus variées et nous avons pu apprécier la valeur de chacune d'elles et aboutir finalement à cette conclusion, que si chacune des méthodes de traitement utilisée jusqu'à présent n'est pas applicable indifféremment à chacune des variétés d'adénopathie, il en est une cependant qui nous a donné les meilleurs résultats quelle qu'en soit la nature — il s'agit du drainage filiforme, méthode préconisée par le docteur Chaput, chirurgien de Lariboisière.

Jusqu'à ces derniers temps l'incision large, de bout en bout de la collection suppurée était formellement indiquée, dans les abcès chauds, on s'est rendu compte cependant que cette grande ouverture n'était pas nécessaire, et que, par ailleurs, la cicatrisation était retardée par la longueur de la brèche, sans compter du trouble apporté à l'esthétique par le stigmate de l'opération. A l'heure actuelle, on se contente d'incision minime avec petit drain au point déclive, de 5 mm. environ de diamètre, si l'adénopathie est profonde (sous sterno-mastoïdienne, par exemple) sinon drainage filiforme. Mais si l'incision large était recommandée malgré tout dans les collections chaudes, elle était absolument contre-indiquée dans les adénopathies suppurées, qui indépendamment des fistulisations interminables qu'elles provoquent laissent subsister des cicatrices chéloïdiennes qui couturent horriblement la région cervicale surtout, des malheureux malades, cicatrices exhubérantes, rouges, violacées, faisant de l'individu un objet de répulsion et affectant parfois, très gravement le moral de jeunes filles, ce qui les porte au suicide même ! Aussi employait-on la ponction suivie ou non d'injection de liquides modificateurs.

A la consultation de chirurgie de l'hôpital Bretonneau, dans le service de M. le docteur Veau, nous

avons vu appliquer et appliqué nous-mêmes, la méthode de drainage filiforme préconisée par Chaput à de multiples adénopathies chaudes ou froides, si fréquentes chez les enfants des milieux hospitaliers avec d'excellents résultats, comme on pourra en juger par les observations rapportées plus loin.

A l'hôpital Boucicaut, c'est encore le drainage filiforme que pratiquait systématiquement M. le docteur de Girac, alors chargé de la consultation de chirurgie et cette méthode a donné les résultats les meilleurs, autant pour les collections chaudes que pour les collections froides.

Pour ces dernières le docteur de Girac pratiquait de la façon suivante. Si le ganglion était suffisamment ramolli, une ponction était faite selon la technique bien réglée qui consiste à créer en tissu sain et à distance, un trajet oblique s'opposant à la fistulisation, ponction qui n'évacuait qu'une quantité parfois fort minime de pus, la ponction était suivie de l'injection d'un liquide modificateur, naphtol camphré additionné d'éther, le malade étant revu quotidiennement pendant les jours qui suivent, une réaction légère se produit et la fonte purulente se développe. Si elle est insuffisante elle sera renouvelée. lorsque la fonte purulente du ganglion est accomplie, alors seulement le drainage filiforme est mis en place. Si le malade se présentait avec une collection ganglionnaire franchement établie, le pus très liquide était évacué par ponction et celle-ci était suivie de l'injection dans la poche d'huile ou d'éther iodo-

formé. Ce n'est qu'après avoir traité de la sorte la collection ganglionnaire à deux ou trois reprises différentes, selon les cas, que le drainage filiforme était pratiqué. Cette pratique semble avoir, dans bon nombre de cas, accéléré considérablement la guérison que nous avons vu survenir absolument complète en un laps de temps variant de trois semaines à deux ou trois mois.

Des adénopathies tuberculeuses arrivées au tout dernier stade de leur évolution, avec adhérence, rougeur, et amincissement de la peau, témoignant de la prochaine ouverture spontanée de la collection ont été également traitées et guéries dans ce même service, par le drainage filiforme et selon la technique suivante : Ponction évacuatrice, injection d'une petite quantité variable selon les dimensions de la poche de 1/2 à 1 cc. et plus d'alcool à 90°, pansement sec, traitement répété plusieurs fois, après quoi on voyait progressivement la rougeur de la peau disparaître, tandis que les téguments paraissaient devenir plus épais au niveau du point menacé. La menace d'ouverture à la peau étant écartée, le drainage filiforme était pratiqué et la guérison obtenue comme dans les cas précédents.

C'est enfin au bubon chancrelleux que nous avons vu appliquer la méthode du drainage filiforme par M. le docteur Chevassu dans son service des voies urinaires à l'hôpital Cochin, et cette méthode a donné entre ses mains d'excellents résultats et c'est là un fait du plus grand intérêt si on considère combien ce

traitement du bubon chancrelleux est encore discuté en raison de l'évolution si spéciale qui résulte très fréquemment de l'infection par le bacille de Ducrey. Les traitements les plus variés ont été conçus, mais si un certain nombre d'entre eux ont atteint le but proposé, à savoir la guérison rapide et surtout la guérison sans chancrellisation secondaires, ce traitements ont tous l'inconvénient d'être douloureux et de nécessiter sinon une instrumentation spéciale tout au moins un arsenal médicamenteux. Les plus employés de ces traitements sont ceux de Goubeau-Fontan, Dubreuil et Mallein, Hudelo et Rabu. Goubeau a eu recours à l'arséniate de soude. Si le ganglion n'est pas encore ramolli il injecte en plein ganglion 1 ou 2 cmc, c'est-à-dire 1 ou 2 centigrammes d'une solution aqueuse stérile d'arséniate de soude un centième, renouvelée, si c'est nécessaire, tous les deux jours. S'il existe alors un bubon avec abcès collidé, à l'aide d'un petit trocart il vide le contenu du ganglion en prenant la précaution de dilacérer les brides qui peuvent exister, par des mouvements de circonduction de l'instrument, puis il injecte aussitôt 1 ou 2 cc. de la solution aqueuse ou 1/100 d'arséniate de soude à laquelle est ajouté, au moment même de l'injection, un 1/2 cc. d'éther qui est exactement mélangé à la solution d'arséniate de soude en faisant mouvoir le piston de la seringue et en agitant fortement, l'éther ayant pour rôle de distendre modérément la poche ganglionnaire et de répartir l'arséniate de soude dans toutes les anfractuosités de l'abcès. L'injec-

tion doit être renouvelée tous les deux jours et même tous les jours. S'il s'agit d'un bubon ouvert décollé, anfractueux, Goubeau conseille d'en pratiquer la toilette à l'éther et de le badigeonner avec la solution d'arséniate de soude au 1/50. Il conseille encore, si le bubon n'est pas ouvert, mais menace de s'ouvrir spontanément, d'inciser largement, mais linéairement, d'évacuer le contenu et de faire le pansement comme il est indiqué ci-dessus, sauf les cas où le fond du bubon est trop anfractueux, il faut alors procéder là comme dans le bubon fermé, injecter le mélange arséniate aqueux et éther avec une seringue sans aiguille et maintenir le mélange dans la cavité en rapprochant avec les doigts les bords de la plaie opératoire.

Fontan ponctionne le ganglion au bistouri et après expression, injecte de la vaseline iodoformée au dixième, liquifiée par la chaleur.

Dubreuilh et Mallein modifient légèrement cette méthode.

Le docteur Hudelo préconise une méthode analogue, mais au lieu de placer de la vaseline iodoformée, il utilise l'huile xylo-iodoformée. Il fait une ponction avec la pointe d'un bistouri, ponction dont les dimensions ne doivent pas excéder 7 à 10 mm. il pratique l'expression soigneuse du bubon, expression qui doit être énergique, elle constitue le temps le plus important de l'intervention puis il injecte par l'orifice de la ponction, avec une seringue de 5 à 10 cc. le mélange xylo-iodoformée suivant : I iodoforme,

xylol 10, huile d'olive 40. Le pansement est fait ensuite. L'injection est renouvelée les jours suivants jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. L'accollement des parois de la poche s'accomplit parallèlement à la diminution de la suppuration. Ce traitement ne nécessite que trois ou quatre jours de repos au lit, après quoi le malade peut sortir.

Le docteur Chevassu considérant que de tels traitements, tout en étant sûrs et rapides, étaient très douloureux, d'une part, et impliquaient, d'autre part, la nécessité d'avoir sous la main les produits médicamenteux mentionnés, a cherché à simplifier la méthode. Il a appliqué au bubon chancrelleux la technique utilisée si couramment pour les collections chaudes d'autres origines et les collections froides, le drainage filiforme. Il avait eu, d'ailleurs, dans cet ordre d'idées, un précurseur : le docteur Le Prieur, à Saint-Lazare, avait déjà pratiqué la ponction capillaire du bubon et après l'aspiration du pus introduit dans le trajet de l'aiguille une mèche iodoformée filiforme, cette petite intervention complétée par des pansements compressifs journaliers. Si cette pratique n'avait pas été suivie constamment du résultat recherché, c'est que la mèche iodoformée, tout en réalisant un drainage par capillarité, drainait insuffisamment et faisait de la rétention, il s'ensuivait une ouverture fatale du bubon avec tous les inconvénients bien connus de chancrellisation de la plaie, de suppuration interminable et quelquefois point de départ d'une phagédénique rebelle. Au contraire,

avec le drainage filiforme tel qu'il est pratiqué par le docteur Chevassu, l'instrumentation est simple, l'exécution rapide et indolore si on prend la précaution d'anesthésier au chlorure d'éthyle la région, et la guérison survient en un temps relativement court. Il faut reconnaître, cependant, que tous les cas ne sont pas justiciables d'un même traitement. Si la peau est déjà envahie, amincie, les points de passage des crins ont tendance à s'agrandir et à s'ulcérer. Mais la méthode convient admirablement à tout bubon qui n'a pas encore manifesté de tendance à l'ouverture spontanée.

La pratique du drainage filiforme est merveilleusement simple. Comme instrument, une aiguille courbe de Doyen ou de Reverdi, ou mieux une aiguille courbe (aiguille à suture), que l'on peut manier avec une pince et qui permet toutes les attitudes, du gros crin de Florence conservé aseptiquement dans des tubes, en présence de bleu de méthylène et d'acide phénique et une paire de ciseaux.

On choisit deux points en peau saine, on passe l'aiguille avec les crins — deux ou trois — on noue ces crins, on panse à sec, on enlève les crins deux jours ou trois jours après, dès que le bubon est affaissé, et on panse encore à sec tous les quatre jours environ suivant le degré de suppuration.

Si le bubon est ouvert, décolé, déjà chancrellisé, il sera traité comme le chancre mou selon le procédé de Goubeau par détersion et nettoyage de l'ulcère, puis badigeonnage à la solution arseniate alcool, répé-

tée plusieurs fois au cours de la même séance, après évaporation de l'alcool au moyen de la soufflerie du thermo-cautère. En cas de phagédénisation le mieux est de recourir au curettage suivi de cautérisation minutieuse au thermo-cautère.

Un autre mode de traitement qui, à notre connaissance, n'a pas encore été expérimenté, donnerait peut-être des résultats dans ces divers cas, analogues à ceux qu'ils donnent dans un grand nombre d'infections ; nous voulons parler de la vaccinothérapie dont les indications et le domaine s'étendent de jour en jour.

OBSERVATIONS

HOPITAL BRETONNEAU

I. — B. T., 11 ans. — Abcès froid de la région cervicale gauche. Drainage filiforme le 29 juin 17. On doit laisser les crins pendant une dizaine de jours, mais la zone fluctuante a disparu, il persiste encore de la périadénite quelques semaines après. L'enfant doit partir pour Hendaye.

II. — K. L., 10 ans. — Adénopathie cervicale gauche (phtyriase) drainage filiforme le 29 juin 17. En 48 heures, l'abcès très collidé est évacué, la guérison suit six jours après.

III. — V. A., 2 ans. — Lésions d'impétigo. Abcès de la région occipitale avec adénopathie de la région rétro-auriculaire droite. Drainage de l'abcès et du ganglion le 29 juin 17. L'enfant qui ne dormait plus et ne cessait de pleurer et de maigrir, est aussitôt calmé par le drainage. Guérison en douze jours.

IV. — L. T., 14 ans. — Abcès froid de la région cervicale. Multiples. On draine les deux ganglions les plus fluctuants, un pus louche s'écoule, dès le premier jour une grande partie de la collection est évacuée, pour le ganglion inférieur, on enlève les crins. Trois semaines après pour ce ganglion, un mois après pour l'autre. Pas de fistulisation.

V. — L. N., 3 ans. — Abcès de la région cervicale. Drainage filiforme, le 2 juillet 17. Enlèvement des crins douze jours après. En bonne voie (l'enfant n'est pas revenu).

VI. — H. H., 11 ans. — Adénopathie de l'aine gauche, consécutive à une plaie infectée du pied. Grosse tuméfaction chaude, tendue, douloureuse. Drainage le 3 juillet. Le 4 juillet la tumeur a diminué de volume, la douleur a rétrocédé, on enlève les crins le 7 juillet, l'enfant peut alors marcher. Le 14 juillet il est guéri.

VII. — H. I., 8 ans. — Abcès siégeant au niveau de la face antérieure du coude droit, consécutif à une piqûre de la main, le 4 juillet transfixion. Le 6 juillet les crins sont supprimés. La guérison s'achève le 10 juillet.

VIII. — A. M., 6 ans. — Abcès de la région cervicale gauche, consécutive à des lésions d'impétigo. Transfixion le 10 juillet. Les crins sont enlevés le 12 juillet. Guérison le 18 juillet.

IX. — A. F., 3 ans. — Abcès de la région occipitale très fluctuant. Transfixion le 12 juillet, mais la peau est trop amincie, et les crins ne tiennent pas.

X. — 12 ans. — Abcès froid de la région cervicale. Avec périodénite. Drainage le 11 juillet. Rétrocession des phénomènes inflammatoires.

XI. — B. S., 1 an. — Abcès de la région cervicale consécutif à lésions du cuir chevelu. Transfixion le 11 juillet. Suppression des crins le 12 juillet 17, l'abcès est complètement vidé. Il persiste une légère réaction inflammatoire calmée par quelques applications humides.

XII. — B. O., 3 mois. — Petit abcès du cou, au voisinage du

cricoïde. Transfixion le 13 juillet. Suppression des crins le 15 juillet. Guérison le 19 juillet 17.

XIII. — V. L., 6 ans. — Abcès chaud de la nuque dû à lésions de grattage. Transfixion le 19 juillet. La tumeur diminue rapidement de volume, les phénomènes inflammatoires s'effacent, les crins sont coupés le 21 juillet et l'enfant peut reprendre le chemin de l'école le 24 juillet.

XIV. — T. T., 4 ans. — Abcès froid de la région cervicale gauche. Transfixion le 19 juillet. Les crins sont supprimés le 29 juillet, et remplacés par un seul crin. L'écoulement se tarit vers la fin août.

XV. — B. V., 10 ans. — Abcès froid de la région cervicale gauche, avec adénopathie multiple, transfixion de l'abcès. Mauvais état général. L'enfant revient trois mois après, le ganglion guérit mais avec une cicatrise chiloïde, signe d'ouverture de l'abcès.

HOPITAL BOUCICAUT

I. — L. M., 18 ans. — Adénopathie bacillaire de la région cervicale gauche, collectée, transfixée le 23 janvier, 18, pansements secs pendant trois semaines. Guérison sans cicatrice.

II. — L. T., 17 ans. — Abcès chaud de l'avant-bras gauche, consécutif à une plaie infectée de la main. Transfixée le 27 janvier 18. Pansements humides. Guérison le 9 février 18.

III. — G. B., 26 ans. Adénopathie bacillaire cervicale, incomplètement ramollie. Ponctions, injections de naphtol camphré et éther, la fonte purulente obtenue, on transfixe le 23 février 18. La guérison est définitive le 16 mars 18.

IV. — T. H., 17 ans. — Abcès chaud de la nuque consécutif à une plaie du cuir chevelu. Abcès très fluctuant menaçant de rompre la peau, drainage filiforme le 24 février, mais malgré les précautions prises, crins passés en tissu sain, ouverture de l'abcès spontanée.

V. — H. L., 21 ans. — Adénopathie bacillaire de la région cervicale, avec peau rouge, tendue, menaçant de s'ouvrir. Ponction, injection d'alcool pour fixer les tissus et éviter l'ouverture spontanée. Drainage filiforme le 29 février. Guérison obtenue le 21 mars 18.

VI. — R. K., 33 ans. — Adénopathie bacillaire de la région cervicale, en partie fluctuant seulement. Ponction, injection du liquide modificateur à deux reprises. La fonte purulente obtenue, transfixion le 29 février. Guérison le 27 mars 18.

VII. — B. T., 31 ans. — Adénopathie bacillaire sous-maxillair, collectée, drainage filiforme le 2 mars, les crins se dénouent par suite du frottement du pansement provoqué par le travail de l'ouvrier, on doit retransfixer le 18 mars. Guérison le 2 avril, avec une légère cicatrice.

VIII. — T. M., 21 ans. — Adénopathie de la région mastoïdienne, fluctuante. Drainage filiforme le 2 mars. Guérie sans incident en huit jours.

IX. — V. V., 33 ans. — Adénopathie bacillaire de la région cervicale droite, incomplètement ramollie. Ponctions et injections d'un liquide modificateur à trois reprises. Drainage filiforme dès que la fonte purulente est manifeste, le 3 mars. Guérison complète le 6 avril 18.

X. — B. M., 17 ans. — Abcès chaud de la région cervicale

d'origine imprécise, drainé le 2 mars, guéri le 12 mars sans incident. Au bout de deux mois, il ne reste plus qu'une petite induration.

VI. — R. S., 68 ans. — Abcès de la région de la nuque, consécutif à une plaie du cuir chevelu. Transfixion le 13 avril, les crins sont enlevés le 15 avril, il ne demeure plus qu'une coque vide le 20 avril. La guérison est complète le 25 avril.

XII. — H. V., 32 ans. — Abcès chaud de la région parotidienne. Transfixion le 13 avril. La collection est évacuée en trois jours, les crins sont coupés le 16 avril, la guérison est obtenue le 18 avril sans complication.

XIII. — G. D., 19 ans. — Abcès froid de la région cervicale gauche, transfixé le 21 avril, après plusieurs ponctions infructueuses on laisse les crins à demeure pendant trois semaines en ayant soin de presser méthodiquement tous les trois jours environ pour faciliter l'évacuation, malheureusement le malade fait une suppuration au niveau de son articulation radio-carpienne gauche qui nécessite son entrée en salle. Nous le revoyons en 1919, mais avec une cicatrice chiloïde au niveau de son ganglion.

XIV. — K. I., 36 ans. — Collection suppurée au niveau de la fesse droite, consécutive à une piqûre septique. Transfixion le 14 mai 18. Les crins sont supprimés le 19 mai. La guérison est obtenue en trois semaines, et il ne subsiste plus qu'une zone légèrement indurées. Le malade, qui était resté plusieurs jours ne sachant comment se tenir, peut enfin s'asseoir.

XV. — T. N., 36 ans. — Abcès froid, de la région cervicale et sous-maxillaire, l'abcès de la région cervicale est traité par le drainage filiforme, et l'abcès sous-maxillaire par les ponctions, au début, mais le malade préférant le drainage, on applique

également le drainage à l'abcès sous-maxillaire, qui guérit néanmoins après l'abcès cervical. Durée trois semaines.

XVI. — J. J., 23 ans. — Adénopathie de l'aine droite consécutive à une batholinite, cette dernière guérie par ponctions en huit jours, et l'adénopathie est transfixée, il ne reste aucune trace au bout de quinze jours.

XVII. — T. T., 21 ans. — Abcès de la région parotidienne, transfixé le 14 juin 18, la tuméfaction se vide facilement, le malade est très soulagé, les crins sont supprimés le 18 juin 18. La guérison locale est obtenue, mais le malade doit entrer en médecine pour son état général très altéré.

HOPITAL COCHIN

I. — B. M., 18 ans, 10-4-19, 22-4-19. Bubon droit. Pas de microbes. Drainage filiforme, le 12-4.
Sorti guéri le 22-4.

II. — F. G., 23 ans. — C. M., du gland, du 28 mars 19 au 23 avril 19. Drainage filiforme le 9 avril.
Sort guéri.
Hospitalisation 25 jours.
Après drainage 14 jours.

III. — M. E. — Du 12 mai au 18 mai. Drainage filiforme le 14, d'un bubon de l'aine gauche. Pas de microbes. Sort guéri le 4e jour.
Hospitalisation 6 jours.
Après drainage 4 jours.

IV. — M., 31 ans. — Entre le 12 mai. Sort le 17 mai 19. Drainage le 13, d'un bubon de l'aine droite. Sort guéri le 4 juin.
Hospitalisation 5 jours.
Après drainage, 4 jours.

V. — F. D., 53 ans. — Ulcération herpiliforme. Gros bubon. Entré le 19-5-19, sort le 24-5-19. Drainage filiforme le 20. Ablation des crins le 22.
Hospitalisation 4 jours.
Après drainage, 4 jours.

VI. — G. L., 28 ans. — Entre le 26-5-19, sort le 1-6-19. Gros bubon droit. Pas de cicatrices de chancre. Drainé le 27-5-9, peau très rouge. Sort guéri.
Hospitalisation 6 jours.
Après drainage, 5 jours.

VII. — K., 26 ans. — Entre le 11 juin 19. Sort le 15 juin 19. Bubon bilatéral, drainé des deux côtés. Guérison en 48 heures. Hospitalisation, 4 jours.
Après drainage, 3 jours.
Pas de microbes.

VIII. — C. J., 31 ans. — Entre 15 mai 19. Sort 28 mai 19. Drainage filiforme d'un bubon, le 17 mai. S'affaisse mal. Se vide en 8 jours par pansement humide glycériné. Sort guéri. Pas de microbes.
Hospitalisation 13 jours.
Après drainage, 11 jours.

IX. — A. M., 18 ans. — Entre 8-7. Sort 1717-19. Gros bubons doubles ramollis. Drainage le 10 juillet ; pas de bacille. Sort guéri en 6 jours.
Hospitalisation, 9 jours.
Après drainage, 7 jours.

X. — P. M. — Entre le 26-6-19. Sort le 4-7-19. Gros bubon gauche. Ulcération du fourreau. Drainage le 28-7. Ablation des crins le 1er juillet, il persiste une petite induration. Pas de microbes.

Hospitalisation, 8 jours.

Après drainage, 6 jours.

XI. — M. J., — Entre 13-6-19. Sort, 27-6-19. C. M. du gland. Bubon de l'aine droite. Drainé le 21 juin (zone fluctuante). Ablation des crins le 26. Guéri.

Hospitalisation, 14 jours.

Après drainage, 6 jours.

XII. — P. A. — Bubon de l'aine droite. Entré le 7-4-19. Sort guéri le 15 avril 19. Guérison en 8 jours.

XIII. — G. J., 25 ans. — C. M. du frein, énorme adénite gauche. Entre le 8 juillet 19. Sort le 17 juillet. Drainage le 10 juillet. Ablation des crins le 13. Guéri. Pas de microbes.

Hospitalisation, 9 jours.

Après drainage, 7 jours.

XIV. — F. P. — Entre le 6 juin 19 pour bubon de l'aine droite. Drainé le 6 juin. Ablation des crins le 10-6. Sort guéri le 19 juin. Pas de microbes.

Hospitalisation, 13 jours.

Après drainage, 13 jours.

XV. — R. P. — Entre le 5 mai 19, pour bubon de l'aine gauche. Drainé le 15 mai. Ablation des crins le 16 mai. Guéri (tentative de drainage).

Hospitalisation, 14 jours.

Après drainage, 4 jours.

XVI. — S. C. — Entre le 7-7-19. Gros bubon gauche. Drainé le 10-7-19. Ablation des crins le 13-7-19. Guéri le 22 juillet.

Hospitalisation, 15 jours.
Après drainage, 12 jours.

XVII. — R. M., 25 ans. — C. M. du frein. Bubon de l'aine gauche, vient à la consultation le 15 janvier. Drainage ce jour même. Un seul point ramolli. Guéri le 2 février.

XVIII. — L. R., 27 ans. — C. M. du gland. Bubon droit. Drainage le 31 décembre. Guéri en huit jours. Récidive à gauche. Nouveau drainage du nouveau bubon le 12 janvier. Guéri le 27 janvier 20.

XIV. — L. A., 18 ans. — C. M. du gland, bubon de l'aine gauche. Draniage le 9 février. En bonne voie.

XX. — F. V., 40 ans. — C. M. du gland, bubon de l'aine Bubon de l'aine droite. Drainage le 9 février. En bonne voie.

XXI. — J. E., — C. M. du gland. Bubon de l'aine gauche. Drainage le 9 février. En bonne voie.

XXII. — F. V., 40 ans. — C. M. du sillon balano-préputial, bubon de l'aine gauche. Drainage le 9 février. Le 11 février les crins sont enlevés, le bubon affaissé. Le 14 février pansement. Les téguments restent violacés, mais la tumeur a complètement disparu. Guéri le 21 février.

XXIII. — Tranier Jean, 39 ans. — C. M. base du gland. Bubon à droite, datant de quinze jours, prêt à s'ulcérer. Drainage le 7 janvier. Malgré les précautions prises, le bubon s'est ouvert et l'on a dû se contenter de pansements alcoolisés.

XXIV. — P. G., 30 ans. — C. M. du rein. Adénopathie à droite. Drainage le 25 janvier. Guéri sans incidents, le 12 février.

XXV. — A. ben M., 24 ans. — C. M. du gland. Bubon énorme de l'aine gauche. Drainage le 25. Actuellement en voie de guérison, mais il y a eu, en en raison de l'étendue de la suppuration, un assez long retard.

XXVI. — C. J., 33 ans. — C. M. du frein. Bubon de l'aine gauche. Drainage le 25 janvier. Guéri en 12 jours.

XXVII. — F. A., 30 ans. — C. M. frein. Bubon de l'aine gauche. Drainage le 25 janvier. Guéri le 10 février. Sort 16 jours. bubon de l'aine droite. Bon cas. Drainage le 29. Guéri le 15 février.

XXVIII. — L. E., 19 ans. — C. M. Rainure balano-préputiale. Bubon de l'aine droite. Bon cas. Drainage le 29. Guéri le 15 février.

XXIX. — A. A., 46 ans. — C. M. du gland. Bubons fistulisés des deux côtés à droite. Il reste cependant une région fluctuante que l'on draine. Guérison en dix jours.

XXX. — M. H., 32 ans. — C. M., sillon bolano-préputial. Bubon de l'aine gauche. Drainage le 9 février. En bonne voie. Guérison le 21 février.

XXXI. — V. A., 31 ans. — C. M. du sillon balano-préputial. Bubon de l'aine droite. Drainage le 25 janvier. Guéri le 7 février. Sans incident.

XXXII. — V. A., 29 ans. — C. M. du frein. — Bubon de l'aine droite. Drainage le 28 janvier. Guéri le 16 février.

XXXIII. — F. G. — Bubon de l'aine droite. A la suite d'un C. M du gland. Drainage le 28 janvier. Guéri le 13 février.

XXXIV. — V. J., 30 ans. — C. M. du gland. Bubon de l'aine gauche. Apparu deux mois après le chancre. Entré à l'hôpital Cochin, il y reste plus d'un mois pour soigner ce bubon. Il revient le 10 janvier à la consultation des voies urinaires pour un deuxième bubons situé dans l'aine droite. Drainage le 10 janvie. Guéri le 27 janvier.

XXXV. — B. P., 33 ans. — C. M. gland, bubon de l'aine gauche. Drainage fait le 28 janvier. Guéri le 12 février.

XXXVI. — M. M., 31 ans. — C. M. du gland. Bubon de l'aine droite. Drainage fait le 29 janvier. Cas typique, se présentant dans les meilleures conditions. Guéri en 14 jours.

XXXVII. — P. F., 41 ans. — Vient à la consultation de 20 janvier 25, pour sainopathie de l'aine gauche consécutive à un chancre mou du gland. Transfixion le 17 février. Les crins sont enlevés le 21 février. Le 26 février le bubon est affaissé. Le 29 février la tumeur a totalement disparu.

XXXVIII. — C. L. — Bubon de l'aine gauche, ouvert spontanément, pansement au Dakin, de façon prudente, de crainte d'atteindre les vaisseaux fémoraux. Le 20 février, nouveau bubon de l'aine droite. Transfixion le 23 février. Les crins sont enlevés le 25 février. Guérison le 2 mars 20.

XXXIX. — T. M., 28 ans. — Bubons énormes bilatéraux. Transfixés le 12 février. Malgré toutes les précautions, ouverture spontanée des deux bubons. Pansements.

XL. — D. L., — Bubon de l'aine droite. Drainage le 22 février. Les crins sont supprimés le 24 février, la collection est presque totalement éliminée le 29 février 20.

CONCLUSIONS

Les observations multiples que nous venons de rapporter ne sont que les principales de toutes celles que nous avons pu enregister, démontrèrent clairement la supériorité du drainage filiforme sur tous les autres modes de traitement. Cependant nous devons dire qu'il ne doit pas être pratiqué dans tous les cas et que d'autre part, il est indispensable, pour obtenir de lui le meilleur rendement dans un certain nombre de cas déterminés, à le faire précéder d'un autre traitement et peut-être quelques fois d'associer les deux traitements.

Pour les suppurations ganglionnaires aiguës, on devra donner la préférence à l'incision s'il s'agit d'un ganglion profond, incision minime du point déclive tout juste suffisante pour laisser passer un drain de mm. de diamètre environ si le ganglion est superficiel. Drainage filiforme.

Pour les suppurations ganglionnaires froides, sauf dans les cas où la peau sera déjà tellement atteinte par le processus inflammatoire que l'ouverture spontanée apparaîtra tout à fait immédiate, cas auxquels l'incision seule conviendra, le drainage filiforme est

le traitement de choix. Selon les méthodes préconisées par le docteur de Girac, il sera pratiqué après avoir accéléré la fonte purulente du ganglion par injections de naphtol camphré additionné d'éther ou seulement après ponction suivie d'injections modificatrices probables, si le pus était suffisamment collecté.

Pour les bubons chancrelleux, notre préférence ira, si la peau est très mauvaise, au traitement indiqué par le docteur Hudelo : incision minime, suivie d'injections d'huile xylo-iodoformée ; elle ira, au contraire, au drainage filiforme préconisé par M. le docteur Chevassu, dans tous les autres cas, parce que cette méthode ne nécessite qu'une instrumentation rudimentaire, facile à stériliser parce qu'elle met à l'abri des infections secondaires, n'est pas douloureuse, permet de ne pas immobiliser le malade au lit et, par conséquent, de désencombrer les services hospitaliers et enfin parce qu'elle amène une guérison relativement rapide, variant entre quinze jours et trois semaines dans les cas ordinaires, et même moins dans les cas favorables.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

Amédée Legrand, Editeur, Paris